

# СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МИРИЗЗИ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ (20-ЛЕТНИЙ ОПЫТ КЛИНИКИ)

Ф.А. ХАДЖИБАЕВ<sup>1,2</sup>, Ф.Б. АЛИДЖАНОВ<sup>2</sup>, Ф.К. ГУЛОМОВ<sup>1</sup>, Ж.Б. ЯРОВ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,

<sup>2</sup>Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,  
г. Ташкент, Узбекистан

## MODERN METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF MIRIZZI SYNDROME IN EMERGENCY MEDICINE (20 YEARS OF EXPERIENCE IN THE CLINIC)

F.A. KHADJIBAEV<sup>1,2</sup>, F.B. ALIDJANOV<sup>2</sup>, F.K. GULOMOV<sup>1</sup>, ZH.B. YAROV<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Republican Research Center of Emergency Medicine,

<sup>2</sup>Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers, Tashkent, Uzbekistan

По 280 больным изучены современные методы диагностики и результаты миниинвазивных вмешательств. Больным первым этапом выполнены эндоскопические транспапиллярные вмешательства и/или чрескожные антеградные вмешательства. После разгрузки билиарного дерева и/или неэффективности миниинвазивных вмешательств выполнялась радикальная операция по ликвидации холецистобилиарного свища. Описан разработанный авторами метод холедохостомии через сформированный из шейки стенки желчного пузыря «пузырный проток».

**Ключевые слова:** холецистобилиарный свищ, синдром Мириizzi, механическая желтуха, ретроградная панкреатохолангиография, чрескожная чреспеченочная холангиография, лапароскопическая холецистэктомия.

Based on the material consisting of 280 patients with Mirizzi syndrome, modern diagnostic methods and the results of minimally invasive interventions were studied. The first stage patients underwent endoscopic transpapillary interventions and / or percutaneous antegrade interventions. After unloading the biliary tree and / or ineffectiveness of minimally invasive interventions, a radical operation was performed to eliminate the cholecystobiliary fistula. The method of choledochostomy developed by the authors through the «cystic duct» formed from the neck of the gallbladder is described.

**Keywords:** cholecystobiliary fistula, Mirizzi syndrome, obstructive jaundice, retrograde cholangiopancreatography, percutaneous transhepatic cholangiography, laparoscopic cholecystectomy.

[https://doi.org/10.54185/TBEM/vol14\\_iss4/a16](https://doi.org/10.54185/TBEM/vol14_iss4/a16)

### Актуальность проблемы

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), желчнокаменной болезнью (ЖКБ) страдает более 10% населения мира, причем наблюдается тенденция к увеличению числа больных каждое десятилетие жизни примерно в два раза. При этом почти четверть населения старше 60 лет и треть населения старше 70 лет имеют желчные камни [14, 16].

В связи с увеличением частоты возникновения ЖКБ, развитием современных диагностических методов, а также лапароскопической хирургии многие авторы отмечают параллельный прогрессирующий рост осложненных форм ЖКБ [1, 2, 7, 8, 11, 21, 22]. Одной из последних форм является синдром Мириizzi (СМ), сопровождающийся в рамках одного процесса стенозированием просвета гепатикохоледа в проксимальных отделах или наличием холецистобилиарного свища (ХБС) между этим протоком и желчным пузырем [7, 12, 17].

Частота СМ среди всех осложнений ЖКБ, по данным различных авторов, составляет от 2,7 до 5,0%, а летальность достигает 14% [6, 10, 13, 18, 20].

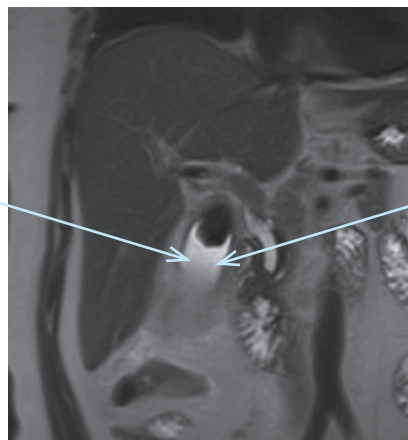
Неутешительны также отдаленные результаты хирургических вмешательств, обусловленные развитием послеоперационной стриктуры гепатикохоледа [2, 3, 4, 5]. Поэтому в отдалённом послеоперационном периоде от 7,5% до 20,8% больных с данной патологией нуждается в проведении сложных реконструктивных оперативных вмешательств, которые не всегда заканчиваются благоприятным результатом [9, 15, 19].

Поэтому изучение эффективности малоинвазивных вмешательств, направленных на разрешение МЖ и ГХ, а также лапароскопических методов при радикальном лечении данной патологии представляется перспективным.

### Цель исследования

В связи с изложенным целью настоящего исследования явилось улучшение результатов диагностики и лечения

сдавливающий  
конкремент  
гепатикохоледоха



суженный участок  
гепатикохоледоха

Рис. 1. МРПХГ-признаки синдрома Мириззи 1 типа

больных с синдромом Мириззи путем применения высокоинформативных диагностических методов и малоинвазивных вмешательств.

### Материал и методы

Работа основана на анализе результатов диагностики и лечения 280 пациентов с ЖКБ, осложненными различными типами СМ, находившихся в хирургических отделениях РНЦЭМП за период с 2001 по 2020 годы. Материал включал в себя больных СМ первого и второго типа. Больные с СМ второго типа, характеризующимся наличием ХБС, нами в зависимости от степени разрушения стенки холедоха были распределены на три подгруппы: II А тип – до 1/3 окружности, II В тип – до 2/3 окружности и II С тип – более 2/3, вплоть до всей окружности.

В зависимости от тактики и способа лечебно-диагностических процедур все больные с СМ были разделены на 2 группы: контрольную и основную. В контрольную группу вошли 158 (56,4%) больных, у которых применялась традиционная лечебно-диагностическая тактика. У 122 (43,6%) больных основной группы лечебно-диагностический процесс был дополнен современными способами лучевой и эндовизуальной диагностики, а также лапароскопическими вмешательствами.

Мужчин было 89 (31,8%), женщин – 191 (68,2%). Средний возраст больных составил  $57,8 \pm 5,3$  года.

Всем больным проводились общеклинические, биохимические и инструментальные (УЗИ, МСКТ), а также специфические (МРТ-холангиография, ЭРПХГ, ЧЧХГ) исследования. Среди них наиболее оптимальной в диагностике СМ оказалась МРТ-холангиография, ввиду ее неинвазивности и высокой точности, которая была применена у основной группы больных (рис. 1, рис. 2).

### Результаты и обсуждение

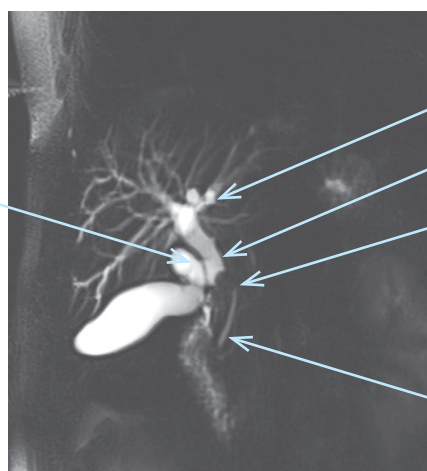
Из 280 пациентов у 21 было выявлено наличие СМ первого типа (7,5%), а у 259 СМ II типа (92,5%). При этом СМ II А типа выявлен у 93 (33,2%), СМ II В типа – у 155 (55,4%) и СМ II С типа – 11 (3,9%) больных.

У всех обследованных больных при поступлении наблюдались явления механической желтухи (МЖ) с билирубинемией от 25 до 1000,7 мкмоль/л. У 157 (56,1%) больных имелась клиника ГХ.

Из 280 больных 229 (81,8%) произведена ЭРПХГ, при этом у 19 пациентов нами были обнаружены признаки, характерные для первого типа СМ, а у 210 больных для второго типа. Выявленные в ходе проведения ЭРПХГ рентгенологические признаки представлены в таблице 1.

Как видно из данных, представленных в таблице 1, среди рентгенологических признаков СМ первого типа наиболее частым являлось сужение просвета гепатикохоледоха в любом из его отделов, которое было отмечено у всех

холецистобилиарный  
свищ



расширение внутри-  
и внепеченочных  
желчных протоков

конкремент в средней  
трети гепатикохоледоха

Отсутствие расширения  
терминального отдела  
холедоха ниже конкремента

Рис. 2. МРПХГ-признаки синдрома Мириззи 2 типа

**Таблица 1.** Рентгенологические признаки, выявленные в ходе проведения ЭРПХГ у больных различными типами СМ, n=229

СМ первого типа (n=19)	Всего больных	
	абс.	%
1. – сужение просвета гепатикохоледоха в любом из его отделов;	19	100
2. – супрастенотическое расширение желчных протоков;	15	79,0
3. – гладкие внутренние контуры на протяжении сужения протока;	11	57,9
4. – наличие дефекта наполнения, предлежащего к области сужения;	8	53,3
5. – смещение протока медиально от его обычного направления.	4	26,6
СМ второго типа (n=210)		
1. – расположение блокирующего конкремента в с/3 гепатикохоледоха;	197	93,8
2. – отсутствие расширения терминальных отделов холедоха;	139	66,2
3. – сморщивание желчного пузыря;	85	40,5
4. – отсутствие тени пузырного протока при контрастированном ЖП;	49	23,3
5. – «проваливание» ретроградно введенного катетера в желчный пузырь.	44	21,0

19 больных. Параллельно с этим у 15 из них нами выявлялось супрастенотическое расширение желчных протоков, что являлось также одним из характерных признаков СМ первого типа.

При проведении ЭРПХГ больным СМ второго типа с образованием ХБС наиболее ведущими рентгенологическими признаками служили расположение блокирующего конкремента в с/3 гепатикохоледоха (93,8%), а также одновременное отсутствие расширения терминальных отделов холедоха (66,2%). Именно эти симптомы являлись свидетельством наличия у этих больных патологического дефекта на стенке внепеченочных протоков с образованием ХБС.

В связи с наличием явлений МЖ процесс лечения больных СМ нами был разделен на 2 этапа. На первом этапе начинали с выполнения эндоскопических диагностических и оперативных вмешательств в виде ретроградной панкреатохолангиографии (РПХГ) с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ), направленных на разгрузку билиарной системы, а при их неэффективности и при наличии противопоказаний к ЭРПХГ – чрескожно-чреспеченочной холангиографии (ЧЧХГ) и чрескожно-чреспеченочной холангиостомии (ЧЧХС).

Первым этапом у 229 (81,8%) больных СМ проводили эндоскопические вмешательства. Так, ЭРПХГ с ЭПСТ и литоэкстракция (ЛЭ) выполнена у 20, ЭРПХГ с ЭПСТ и на-

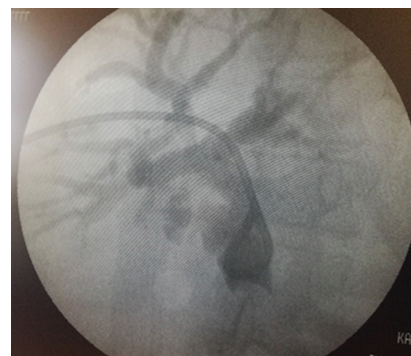
зобилиарное дренирование (НБД) – у 41, ЭРПХГ с ЭПСТ и эндоскопическое стентирование (ЭС) холедоха – у 25. У 143 больных обеих групп ЭРПХГ и ЭПСТ имели только диагностический характер (табл. 2).

Тем, кому не удалось провести ЭРПХГ или были противопоказания к проведению ЭРПХГ, было выполнено антеградное дренирование. ЧЧХС и ЧЧХГ нами было выполнено 32 (11,4%) больным (рис. 3).

После осуществления соответствующих эндобилиарных вмешательств всем больным проводили консервативное лечение, включающее в себя инфузионную, антибактериальную терапию, а также орошение внепеченочных протоков различными антисептическими растворами.

У 29 пациентов как контрольной (21), так и основной групп (8), в силу наличия тяжелой сопутствующей патологии, первый этап лечения оказался окончательным.

Остальным – 251 больному – вторым этапом проводились оперативные вмешательства с целью радикальной коррекции имеющихся различных типов СМ. Из них 153 больных оперированы в экстренном, 98 больных – в отсроченном порядке. Если основным вмешательством при СМ первого типа (21) являлась ХЭК, выполняемая либо ЛТ-доступом, либо ВЛС, то у больных СМ второго типа (230), сопровождающимся образованием ХБС, нами были применены различные радикального характера варианты хирургической коррекции (табл. 3).



**Рис. 3.** ЧЧХГ и ЧЧХС – крупный камень в средней трети холедоха, признаки синдрома Мириizzi с ХБС

**Таблица 2.** Результаты ЭРПХГ при СМ, n=229

Эндобилиарные вмешательства	Число больных	
	абс.	%
ЭРПХГ с ЭПСТ +ЛТ+ ЛЭ	20	8,7
ЭРПХГ с ЭПСТ + НБД	41	17,9
ЭРПХГ с ЭПСТ + ЭС	25	10,9
ЭРПХГ с ЭПСТ	143	62,5
Всего	229	100,0

Таблица 3. Характер хирургических вмешательств при СМ, n=251

Вид вмешательства	Контрольная гр., n=137		Основная гр., n=114	
	абс.	%	абс.	%
<b>Открытые операции, n=229</b>				
ХЭК, дренирование брюшной полости	14	10,2	–	–
ХЭК, разобщения ХБС с дренированием холедоха:	118	86,1	–	–
по Керте	15	12,7		
по Керу	79	66,9		
по Вишневскому	18	15,3		
транспеченочным дренажом	6	5,1		
ХЭК с пластикой свищевого дефекта по методике клиники	–	–	91	79,8
ХЭК, ликвидация ХБС, билиодигестивный анастомоз	5	3,6	1	0,9
<b>Лапароскопические операции, n=22</b>				
Лапароскопическая ХЭК:	–	–	7	6,1
без дренирования холедоха	–	–	4	3,5
с дренированием по Керте	–	–	3	2,6
Лапароскопическая ХЭК с пластикой свищевого дефекта по методике клиники	–	–	15	13,2

При этом у 137 больных контрольной группы все данные вмешательства осуществлялись традиционным лапаротомным доступом. В отличие от этого у больных основной группы лапароскопические вмешательства нами рассматривались как приоритетные и были осуществлены у 22 пациентов. Во вторых, у 92 больных основной группы для коррекции СМ второго типа с ХБС применялся новый способ пластики, разработанный в нашей клинике (рис. 4). И наконец, в-третьих, нами был разработан новый лапароскопический способ лечения СМ с ХБС, который был применен у 15 пациентов основной группы. У 6 больных из-за большого размера свища проведено гепатикоеюностомия у 4 больных и у 2 больных была проведена гепатикодуоденостомия.

Суть предлагаемого нового лапароскопического способа заключается в следующем. Больному под общим эндотрахеальным наркозом производится лапароскопическое выделение желчного пузыря, после чего делается субтотальная холецистэктомия от дна с оставлением верхней стенки шейки, прилегающей к свищу, длиной 1-1,5 см. Далее в области пузырно-холедохеального свища над конкрементом в поперечном направлении к холедоху делается разрез, через который из холедоха удаляется конкремент. После удаления конкремента производится ревизия холе-

доха холедоскопом или выполняется интраоперационная холангиография. При отсутствии конкрементов холедох дренируется дренажом Кера через пузырно-холедохеальный свищ. Оставленной частью стенки желчного пузыря закрывается свищ и ушивается на дренаже Кера с формированием по типу «пузырного протока» (рис. 5).

В качестве примера практического использования предложенного лапароскопического способа лечения СМ с ХБС приводим следующий случай клинического наблюдения:

Больной, Х., 54 года, ИБ № 1691, поступил в клинику с жалобами на умеренные боли в правом подреберье и в эпигастрии, пожелтение кожных покровов и склер, покраснение цвета мочи, обесцвечивание кала, слабость.

Со слов больного, страдает ЖКБ в течение 3 лет, отмечал приступы болей в правом подреберье. Лечился стационарно, приступ был купирован консервативно, от предложенной операции тогда воздержался. Данный приступ механической желтухи – первый. За 10 суток до поступления в клинику отметил появление вышеуказанных жалоб.

Общее состояние больного в момент поступления – средней тяжести. Кожа и видимые слизистые – желтушные. В легких – везикулярное дыхание с обеих сторон. При перкуссии определяется легочной звук, при пальпации груди

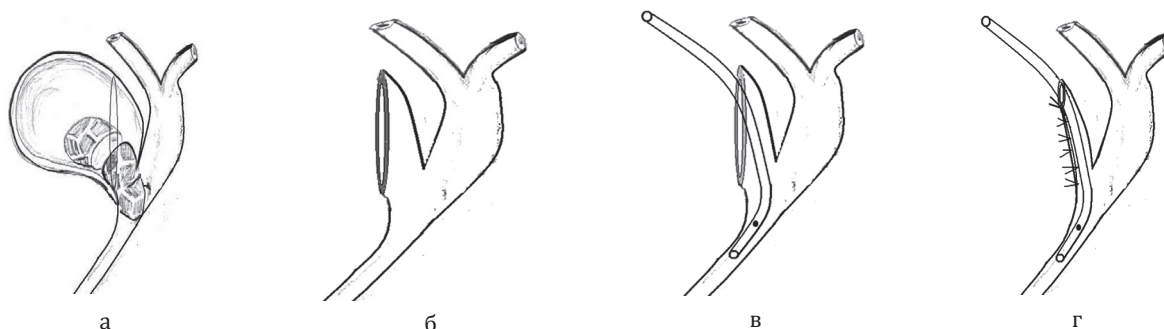


Рис. 4. Этапы (а, б, в, г) пластики свищевого дефекта холедоха по предложенной методике клиники (рац. пред. № 00004 от 20.02.2012 г.)



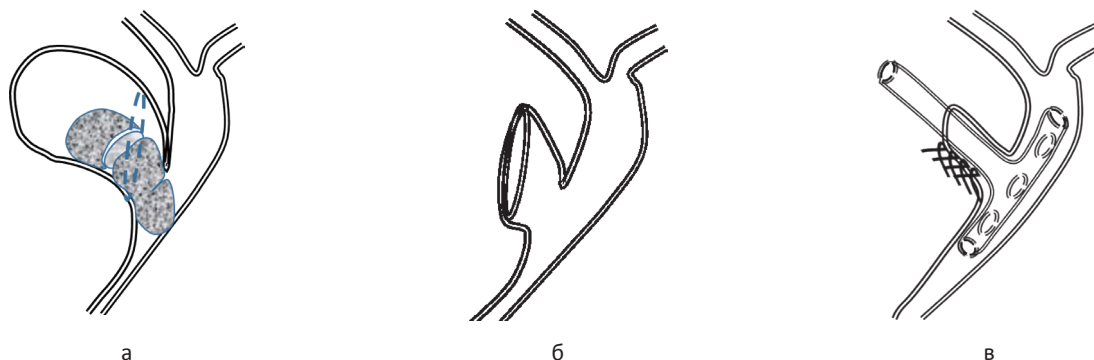


Рис. 5. Этапы (а, б, в) лапароскопической пластики свищевого дефекта холедоха

болезненности нет. Сердце – тоны приглушены, пульс – 98 уд. в мин, ритмичный, АД – 120/70 мм рт. ст. Язык суховат, обложен желтым налетом. Живот мягкий, при пальпации отмечается умеренная болезненность в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный. Перкуторно в отлогих местах живота притуплений нет. Перистальтика кишечника выслушивается. Стул обесцвечен, мочеиспускание не нарушено, моча темная.

На УЗИ брюшной полости – желчный пузырь размерами 3,1x1,9 см, стенки – 0,3 см, ближе к шейке имеется камень 1 см. Холедох – 1,6 см, в дистальном отделе визуализируется камень до 1,9 см (рис. 6).

Анализ крови: гемоглобин – 122 г/л, эритроциты – 4,2 млн, гематокрит – 43%, лейкоциты – 9,8 тыс., п/я – 3%, с/я – 78%, о/белок – 65, билирубин общ. – 375,0, прямой – 190,4, диастаза – 27,5, АЛТ–671,0, АСТ–429,0, ПИТ – 86%.

Больному выполнена МРТ-холангиография, на которой выявлено наличие конкремента в с/3 холедоха, сморщенного желчного пузыря с конкрементом, отсутствие расширения терминального отдела холедоха (рис. 7).

На основании клинко-анамнестических данных проведенных диагностических исследований больному был установлен диагноз: ЖКБ. Калькулезный холецистит. Синдром Мириizzi II типа. Осл.: Механическая желтуха.



Рис. 6. Больной Х., и/б № 1691. УЗИ. Сморщенный желчный пузырь. Холедохозастаз. Холедохолитиаз

Больному первым этапом в экстренном порядке произведены ЭРПХГ с ЭПСТ, на которых в средней трети холедоха определяется крупный конкремент до 2 см и отсутствие расширения терминальных отделов холедоха (рис. 8). Попытка литоэкстракции безуспешна. Выполнено стентирование холедоха (рис. 9).

В течение 5 суток больному проводилась интенсивное консервативное лечение в виде инфузионной, дезинтоксикационной, антибактериальной, гепатопротекторной и симптоматической терапии. Состояние больной с улучшением. Желтуха прошла. Билирубин крови нормализовался.

Больному в отсроченном порядке под эндотрахеальным наркозом произведена операция – лапароскопическая субтотальная холецистэктомия от дна. Холедохотомия с литоэкстракцией. Дренирование холедоха по Керу. Пластика пузырно-холедохеального свища. Дренирование брюшной полости. *Краткий протокол операции:* При входе в брюшную полость ж/пузырь сморщен, размерами 3 x 2,5 см, в полости определяется конкремент размером 1,5 см, стенки инфильтрированы (рис. 10). Холедох – 15 мм. Пальпаторно инструментом ниже слияние желчного пузыря в холедохе определяется конкремент до 2,0 см, который не смещается. Произведена субтотальная холецистэктомия от дна, при этом имеется свищ диаметром до 10 мм (рис. 11). Учитывая камень холедоха, расположенного ниже свища, произведе-

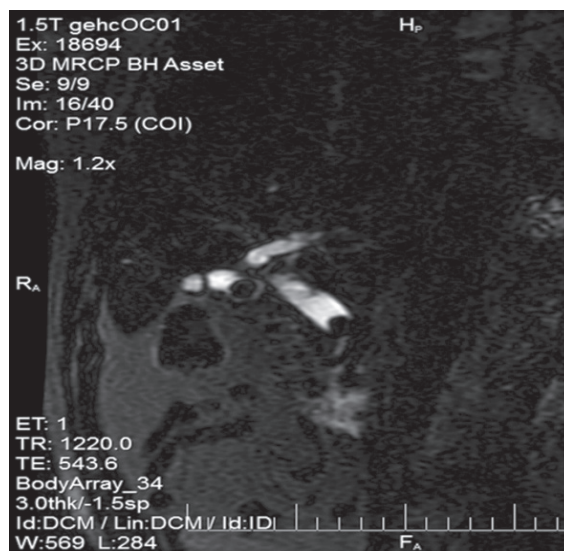


Рис. 7. Больной Х., и/б № 1691. МРТ-холангиография. Наличие конкремента в с/3 холедоха. Сморщенный ж/пузырь с конкрементом

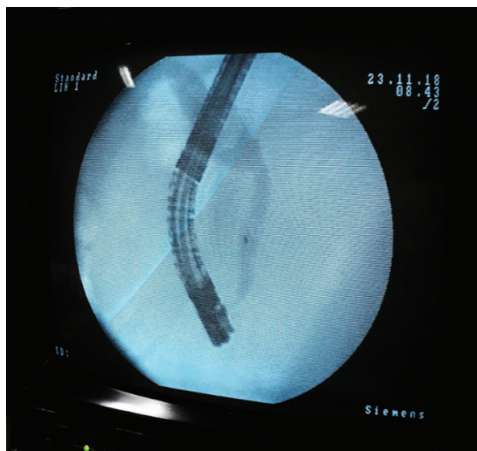


Рис. 8. ЭРПХГ с ЭПСТ

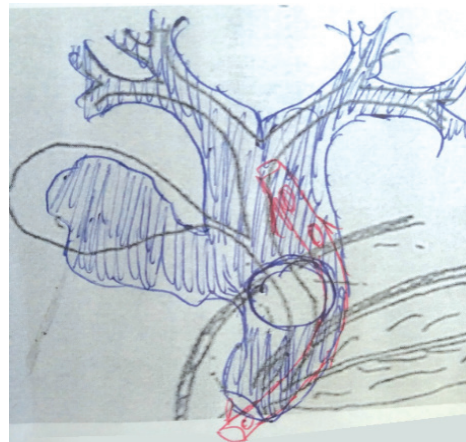


Рис. 9. ЭС холедоха

на поперечная холедохотомия электрокрючком до 1,5 см, при этом из холедоха начала поступать желчь. Из холедоха удален ранее установленный стент (рис. 12), далее удален конкремент до 2,0 см (рис. 13). Произведена интраоперационная холедохоскопия, на которой в дистальном и проксимальном отделе других конкрементов не выявлено. Через холедохотомный разрез дренирован холедох по Керу (рис. 14), после чего вокруг дренажа стенка холедоха ушита узловыми швами в поперечном направлении на атравматической игле, герметично. Произведена пластика свища оставленной частью стенки желчного пузыря (рис. 15). Дренирована подпеченочная область.

Послеоперационный период протекал гладко. Рана зажила первичным натяжением. На 7-е сутки после операции дренаж из брюшной полости удален. Больной в удовлетворительном состоянии на 9-е сутки был выписан на амбулаторное лечение по месту жительства.

Послеоперационная общая летальность наблюдалась у 10 больных, что составило 3,9%. Причиной смерти послужили множественные холангиогенные абсцессы с развитием сепсиса и полиорганной недостаточности (8), ТЭЛА (1) и ОИМ (1). Послеоперационные осложнения возникли всего у 40 (15,9%) больных. Разновидности послеоперационных осложнений и их

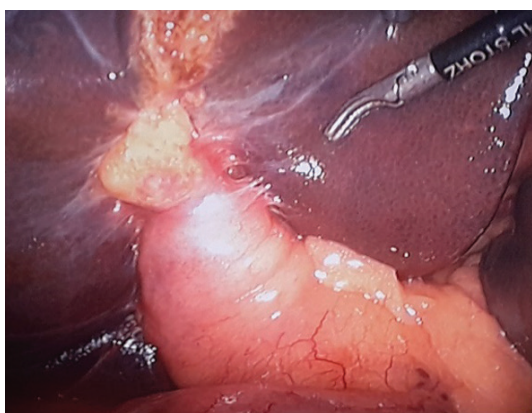


Рис. 10. Сморщенный желчный пузырь

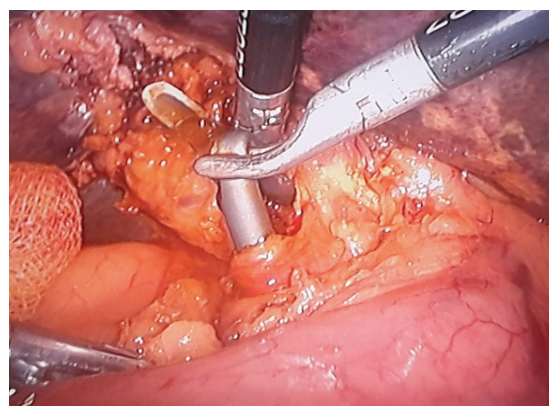


Рис. 11. Пузырно-холедохеальный свищ



Рис. 12. Удаление стента из просвета холедоха

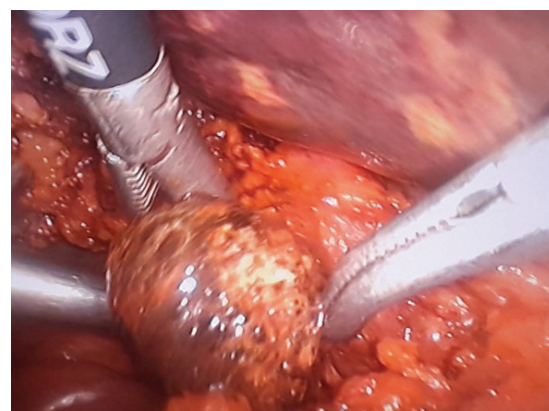


Рис. 13. Удаление конкремента из холедоха



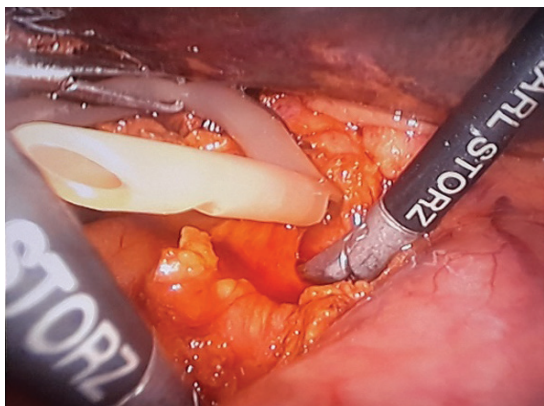


Рис. 14. Дренажирование холедоха по Керу

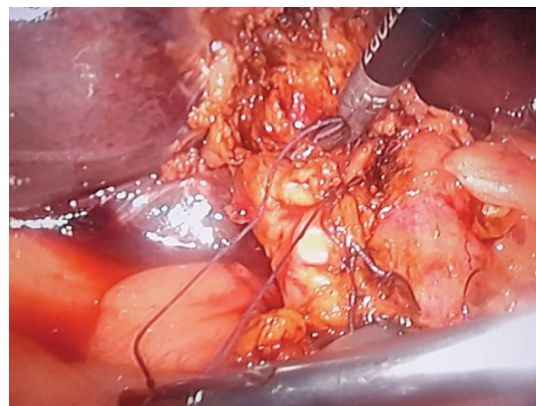


Рис. 15. Пластика пузырно-холедохеального свища

распределение по группам больных представлены в таблице 4.

Таким образом, предлагаемые нами подходы к диагностике и выбору тактики хирургического лечения больных с синдромом Мириizzi, усовершенствование техники хирургического лечения, в том числе расширение возможностей лапароскопической холецистэктомии с лапароскопической пластикой холедохиального свища позволили практически двукратно снизить частоту послеоперационных осложнений с 20,4% до 10,5%, в три раза снизить показатель послеоперационной летальности – с 5,8% до 1,8% и достоверно сократить средние сроки стационарного лечения.

#### Выводы

1. Проведенный ретроспективный анализ свидетельствует о том, что традиционные методы обследования больных не могут обеспечить полноценной и безопасной для пациента диагностики СМ второго типа, сопровождающегося образованием ХБС во всех клинических ситуациях.

2. Широкое применение малоинвазивных методов в диагностике и лечении больных с различными типами СМ

основной группы приводит к достоверному уменьшению числа послеоперационных осложнений до 10,5%, летальных исходов – до 1,8% и сроков пребывания больных в стационаре – до 10,3±0,9 дня.

3. Разработанный новый лапароскопический способ лечения синдрома Мириizzi с холедохиальным свищом является технически приемлемым, клинически эффективным и экономически выгодным оперативным вмешательством.

#### Литература

1. Абдуллоев Д.А., Курбонов К.М., Исоев А.О., Даминова Н.М. Хирургическое лечение больных с осложненными формами желчнокаменной болезни. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2007;166(2):68-71. [Abdulloev D.A., Kurbonov K.M., Isoev A.O., Daminova N.M. Khirurgicheskoe lechenie bol'nykh s oslozhnennymi formami zhelchnokamennoi bolezni. Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova. 2007;166(2):68-71. In Russian].

Таблица 4. Послеоперационные осложнения у больных контрольной и основной группы, n=40

Характер осложнения	Контрольная гр., n=137		Основная гр., n=114	
	абс.	%	абс.	%
Неспецифические:				
Нагноение послеоперационных ран	13	9,5	6	5,3
Послеоперационная пневмония	2	1,5	2	1,8
Острый инфаркт миокарда (ОИМ)	1	0,7	–	–
ТЭЛА	1	0,7	1	0,9
Специфические:				
Постпапиллотомный панкреатит	4	2,9	–	–
Кровотечение из папиллотомной раны	1	0,7	–	–
Несостоятельность швов с перитонитом	1	0,7	–	–
Подпеченочный абсцесс	1	0,7	1	0,9
Эвентерация	1	0,7	–	–
Резидуальный литиаз	3	2,2	2	1,8
Всего осложнений	28	20,4	12	10,5
P (χ2-тест)	χ2=4,563; p=0,033			
Послеоперационная летальность	8	5,8	2	1,8
P (χ2-тест)	χ2=1,75; p=0,18			
Средний койко-день	18,4±1,3		10,3±0,9	
p<0,01				

2. Алиев Ю.Г. Миниинвазивные вмешательства в хирургическом лечении осложненной желчнокаменной болезни. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2013;5:73-75. [Aliev Yu.G. Miniinvazivnye vmeshatel'stva v khirurgicheskom lechenii oslozhennoi zhelchnokamennoi bolezni. Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova. 2013;5:73-75. In Russian].
3. Алтыев Б.К., Атаджанов Ш.К., Бойназаров И.Х., Хашимов М.А. Восстановительные и реконструктивные операции при повреждениях и рубцовых стриктурах желчных протоков. Анналы хирургической гепатологии. 2006;11(3):64-65. [Altyev B.K., Atadjanov Sh.K., Boinazarov I.Kh., Khashimov M.A. Vosstanovitel'nye i rekonstruktivnye operatsii pri povrezhdeniyakh i rubtsovykh strikturakh zhelchnykh protokov. Annaly khirurgicheskoi gepatologii. 2006;11(3):64-65. In Russian].
4. Арипова Н.У., Назыров Ф.Н. Ятрогенные повреждения желчевыводящих путей. Анналы хирургической гепатологии. 2006;11(3):66-67. [Aripova N.U., Nazyrov F.N. Yatrogennye povrezhdeniya zhelchevyvodyashchikh putei. Annaly khirurgicheskoi gepatologii. 2006;11(3):66-67. In Russian].
5. Ахаладзе Г.Г., Чевокин А.Ю., Унгуряну Т.В., Гальперин Э.И. Ятрогенные повреждения желчных протоков при синдроме Мириizzi. Анналы хирургической гепатологии. 2006;11(3):68. [Akhaladze G.G., Chevokin A.Yu., Unguryanu T.V., Gal'perin E.I. Yatrogennye povrezhdeniya zhelchnykh protokov pri sindrome Mirizzi. Annaly khirurgicheskoi gepatologii. 2006;11(3):68. In Russian].
6. Балалыкин А.С., Хабурзания А.К., Гвоздик В.В. и соавт. Синдром Мириizzi в свете современной эндоскопической хирургии. Анналы хирургической гепатологии. 2007;12(3):70-71. [Balalykin A.S., Khaburzaniya A.K., Gvozdk V.V. i soavt. Sindrom Mirizzi v svete sovremennoi endoskopicheskoi khirurgii. Annaly khirurgicheskoi gepatologii. 2007;12(3):70-71. In Russian].
7. Гальперин Э.А., Ахаладзе Г.Г., Котовский А.Е. и соавт. Синдром Мириizzi: особенности диагностики и лечения. Анналы хирургической гепатологии. 2006;11(3):7-10. [Gal'perin E.A., Akhaladze G.G., Kotovskii A.E. i soavt. Sindrom Mirizzi: osobennosti diagnostiki i lecheniya. Annaly khirurgicheskoi gepatologii. 2006;11(3):7-10. In Russian].
8. Глебова А.В. Синдром Мириizzi: диагностика и дифференциальное хирургическое лечение: Автореф. дис... канд. мед. наук. 2014;19. [Glebova A.V. Sindrom Mirizzi: diagnostika i differentsial'noe khirurgicheskoe lechenie: Avtoref. dis... kand. med. nauk. 2014;19. In Russian].
9. Климов А.Е., Давыдова С.В., Малюга В.Ю., Федоров А.Г. Синдром Мириizzi. Анналы хирургической гепатологии. 2006;11(3):89-90. [Klimov A.E., Davydova S.V., Malyuga V.Yu., Fedorov A.G. Sindrom Mirizzi. Annaly khirurgicheskoi gepatologii. 2006;11(3):89-90. In Russian].
10. Майзельс Е.Н. Диагностика и лечение синдрома Мириizzi: Автореф.дис... канд. мед. наук. М. 2010:17. [Maizel's E.N. Diagnostika i lechenie sindroma Mirizzi: Avtoref.dis... kand. med. nauk. M. 2010:17. In Russian].
11. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш. Диагностика и лечение синдрома Мириizzi. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2010;4:67-73. [Nazyrov F.G., Akbarov M.M., Nishanov M.Sh. Diagnostika i lechenie sindroma Mirizzi. Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova. 2010;4:67-73. In Russian].
12. Савельев В.С., Ревякин В.И. Синдром Мириizzi. М.: Медицина. 2003:112. [In Russian].
13. Хаджибаев Ф.А. Роль и место эндобилиарных вмешательств в хирургическом лечении механической желтухи доброкачественного генеза: ...дисс. докт. мед. наук. Ташкент. 2015;84-115. [Khadjibaev F.A. Rol' i mesto endobiliarnykh vmeshatel'stv v khirurgicheskom lechenii mekhanicheskoi zheltukhi dobrokachestvennogo geneza: ...diss. dokt. med. nauk. Tashkent. 2015;84-115. In Russian].
14. Шейко С.Б., Майстренко Н.А., Стукалов В.В. и соавт. Тактические и технические аспекты современного лечения больных с синдромом Мириizzi. Вестник хирургии. 2009;168(2):25-29. [Sheiko S.B., Maistrenko N.A., Stukalov V.V. i soavt. Takticheskie i tekhnicheskie aspekty sovremennogo lecheniya bol'nykh s sindromom Mirizzi. Vestnik khirurgii. 2009;168(2):25-29. In Russian].
15. Ысмайылов К.С. Синдром Мириizzi: современное состояние проблемы диагностики (обзор литературы). Известия вузов. 2013;4:102-105. [Ysmaiyllov K.S. Sindrom Mirizzi: sovremennoe sostoyanie problemy diagnostiki (obzor literatury). Izvestiya VUZov. 2013;4:102-105. In Russian].
16. Abd-Elwahab El-S. M. Incidence and surgical strategies in management of Mirizzi syndrome. J of American Science. 2011;7(9):888-892.
17. Ahlawat S.K. Acute a calculous cholecystitis simulating Mirizzi syndrome: a very rare condition. South Med J. 2009;102:188-189.
18. Antoniou S.A., Antoniou G.A., Makridis C. Laparoscopic treatment of Mirizzi syndrome: a systematic review. Surg Endosc. 2010;24:33-39.
19. Csendes A., Carlos Diaz J., Burdiles P. et al. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification. Br J Surg. 1989;76:1139-1143.
20. Dadhwal U.S., Kumar V. Benign bile duct strictures. Medical journal armed forces India. 2012;68:299-303.
21. Koh Y.X., Basu P., Liew Y.X., Teo J.Y. et al. Critical Appraisal of the Impact of the Systematic Adoption of Advanced Minimally Invasive Hepatobiliary and Pancreatic Surgery on the Surgical Management of Mirizzi Syndrome. World J Surgery. 2019;43:3138-3152.
22. Rohatgi A., Singh K.K. Mirizzi syndrome: laparoscopic management by subtotal cholecystectomy. Surg Endosc. 2006;20(9):1477-1481.



## SHOSHILINCH TIBBIYOT SHAROITIDA MIRIZZI SINDROMINING ZAMONAVIY DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH USULLARI (KLINIKADA 20 YILLIK TAJRIBA)

F.A. KHADJIBAEV<sup>1,2</sup>, F.B. ALIDJANOV<sup>2</sup>, F.K. GULOMOV<sup>1</sup>, ZH.B. YAROV<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi,

<sup>2</sup> Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi, Toshkent, O'zbekiston

Mirizzi sindromiga chalingan 280 bemordan iborat materialda zamonaviy diagnostika usullari va minimal invaziv aralashuv natijalari o'rganildi. Birinchi bosqichda bemorlarga endoskopik transpapillyar aralashuvlar va / yoki teri orqali antegrad aralashuvlar o'tkazildi. O't yo'llari dekompressiyasidan so'ng va / yoki minimal invaziv aralashuvlarning samarasizligidan so'ng, xoletsistobiliar oqmani yo'q qilish uchun radikal operatsiya o'tkazildi. Mualliflar tomonidan o't pufagining bo'ynidan hosil bo'lgan «o't pufagi yo'li» orqali ishlab chiqilgan xoledoxostomiya usuli tasvirlandi.

**Kalit so'zlar:** xoletsistobiliar oqma, Mirizzi sindromi, obstruktiv sariqlik, retrograd xolangiopankreatografiya, teri jigar orqali xolangiografiya, laparoskopik xoletsistektomiya.

### Сведения об авторах:

Хаджибаев Фарход Абдухакимович –  
профессор, руководитель отдела экстренной хирургии  
РНЦЭМП. 100107, Ташкент, улица Кичик халка йули, 2.  
Тел: +998901850364. e-mail: arhangelsefarim1980@mail.ru

Алиджанов Фатих Бакиевич –  
профессор кафедры экстренной хирургии  
Центра развития профессиональной квалификации медицин-  
ских работников. 100107, Ташкент, улица Кичик халка йули, 2.  
Тел: +998977041909. e-mail: f.alidjanov@gmail.com

Гуломов Фуркат Каюмович –  
базовый докторант отдела экстренной хирургии РНЦЭМП.  
100107, Ташкент, ул. улица Кичик халка йули, 2.  
Тел.: +99890-3725516. e-mail: furkat\_gulomov@mail.ru

Яров Жахонгир Баходирович –  
Врач-ординатор отделения экстренной хирургии РНЦЭМП  
100107, Ташкент, улица Кичик халка йули, 2.  
Тел.: +99890-9022356. e-mail: dj.yarov@list.ru

Поступила в редакцию: 26.06.2021

### Information about authors:

Khadjibaev Farkhod Abdukhakimovich –  
Professor, Head of the Department of Emergency Surgery of the  
RRCEM. 100107, Tashkent, Kichik khalka yuli street, 2.  
Tel: +998901850364. e-mail: arhangelsefarim1980@mail.ru

Alidjanov Fatih Bakievich –  
Professor of the Department of Emergency Surgery center for the  
development of professional qualifications of medical workers.  
100107, Tashkent, Kichik khalka yuli street, 2.  
Tel: +998977041909. e-mail: f.alidjanov@gmail.com

Gulomov Furkat Kayumovich –  
basic doctoral student of the Department of Emergency Surgery  
of the RRCEM. 100107, Tashkent, st. Kichik street, khalka yuli, 2.  
Tel.: + 99890-3725516. e-mail: furkat\_gulomov@mail.ru

Yarov Zhakhongir Bakhodirovich –  
Resident physician, Department of Emergency Surgery, RRCEM,  
100107, Tashkent, Kichik khalka yuli street, 2.  
Tel.: + 99890-9022356. e-mail: dj.yarov@list.ru

Received: 26.06.2021